

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

396

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Israël GARFUNKEL

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Septembre 1904, à Riga (Lettonie)

Les INJECTIONS de LAIT dans le Traitement du Psoriasis

(Thérapeutique biophylactique)

Président de Thèse : M. LÖEPER

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1933

ANNÉE 1933

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Israël GARFUNKEL

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Septembre 1904, à Riga (Lettonie)

Les INJECTIONS de LAIT dans le Traitement du Psoriasis (Thérapeutique biophylactique)

Président de Thèse : M. LOEPER

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

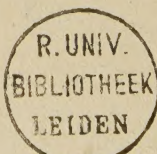
1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÆPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BENARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHTET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLÉRY-RADOT.
Ophtalmologie	(Pasteur).
Obstétrique	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

ET

A MES BEAUX-PARENTS

*En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MA FEMME

A MON FILS

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur LOEPER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui nous a fait le grand honneur
de présider cette Thèse. Qu'il
veuille trouver ici l'hommage
de notre profonde reconnais-
sance.*

A notre Maître, Monsieur le Docteur TZANCK

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS.

*Nous lui sommes infiniment re-
connaissant de nous avoir ins-
piré le sujet de cette thèse.*

*Nous tenons à le remercier ici
pour son enseignement et sa
bienveillance.*

A MES AMIS :

Le Docteur SIDI

ASSISTANT A L'HOPITAL BROCA

Monsieur CORD

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

*Nous leurs sommes reconnais-
sants pour les conseils éclairés
qu'ils ont bien voulu nous don-
ner.*

A mon meilleur ami, le Docteur GADRAT

Faible témoignage de mon amitié.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

STAGE

1927. Monsieur le Professeur DELBET.
1928. Monsieur le Professeur LEREBoullet.
1928. Monsieur le Docteur LOUSTÉ.

EXTERNAT

1929. Monsieur le Docteur RIST.
1929. Monsieur le Docteur COULAUD, Assistant.
1929. Monsieur le Docteur Louis RAMOND.
1930. Monsieur le Professeur METZGER.
1930. Monsieur le Professeur AUBERTIN.
1931. Monsieur le Docteur BRECHOT.
1932. Monsieur le Docteur TZANCK.

INTRODUCTION

Au cours de notre dernière année d'externat passée dans le service de M. Tzanck, nous avons suivi, avec intérêt, le traitement du psoriasis par les injections de lait.

Méthode nouvelle ? Certes non, d'autres auteurs l'avaient déjà expérimentée. Il s'agissait pour notre maître, non pas de montrer l'efficacité de cette médication, mais par son intermédiaire de vérifier certaines conceptions de thérapeutique générale. Lorsqu'on observe les résultats obtenus par les différents modes de traitement proposés jusqu'à ce jour dans le psoriasis, on est frappé par ce fait dominant que, quelque soit la substance employée, aucune d'elle n'a pu guérir définitivement le psoriasis et que toutes ont pratiquement donné, à peu près, les mêmes pourcentages de succès et d'échecs. Ces temps derniers, des espoirs considérables ont été fondés sur des médications dites spécifiques, des vaccinothérapies du psoriasis.

Cependant l'examen des résultats statistiques de ces dernières méthodes, montre des succès divers. En présence de ces faits, on a pensé que ces vaccinothérapies spécifiques, aux résultats comparables à ceux déjà ob-

tenus par les anciennes méthodes, n'avaient peut-être pas toute la spécificité qu'on leur prêtait, et qu'elles agissaient comme les autres méthodes, en provoquant dans l'organisme des réactions de défense, rentrant ainsi dans le cadre de ce qu'on a dénommé « *la thérapeutique biophylactique* ».

Pour confirmer cette hypothèse, M. Tzanck a voulu reprendre le traitement du psoriasis par l'injection d'une substance *nettement aspécifique* — le lait — et comparer les résultats de ce traitement à ceux obtenus par la médication spécifique.

L'objet de cette thèse est de relater les résultats de cette protéinothérapie, en les comparant à ceux des autres méthodes, et de montrer, dans un chapitre d'interprétation, comment les méthodes actuelles du traitement du psoriasis ne sont en somme que des procédés divers, qui utilisent dans un but thérapeutique une réaction d'ordre général, la biophylaxie.

Nous nous proposons donc, ici :

1° De passer en revue les principales médications internes proposées jusqu'à présent dans le traitement du psoriasis, avec les résultats obtenus.

2° De rapporter les observations des malades traités par les injections de lait à l'Hôpital Broca, et de montrer les résultats de cette médication.

3° De comparer ces divers résultats et d'en tirer des déductions pathogéniques.

4° D'en tirer les conclusions.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU GENERAL DES PRINCIPALES MÉDICATIONS INTERNES DU TRAITEMENT DU PSORIASIS

Le problème du traitement du psoriasis a de tout temps passionné les auteurs, et nombreux sont encore à l'heure actuelle les tentatives de guérison de cette dermatose décevante.

Pendant longtemps on a considéré le psoriasis comme une affection locale de la peau, et on s'est contenté de la traiter par des applications externes. On ne guérissait jamais la maladie, on arrivait simplement à blanchir les malades.

Plus tard, partant de l'idée que cette dermatose pouvait être, non pas une affection purement cutanée, mais une manifestation externe d'un état pathologique généralisé, on a été amené à chercher dans les médications internes un traitement curateur du psoriasis. Les hypothèses étiologiques ayant été multiples, les médications essayées ont été obligatoirement nombreuses et variées.

Parmi les médications internes, les premières essayées furent les médications chimiques.

A. — MÉDICATIONS CHIMIQUES

Le salicylate de soude a connu, à un moment donné, une grande vogue, surtout à l'étranger. Ce traitement du psoriasis remonte à CROCKER. Mais c'est SACHS, à Vienne, et SMITH en Angleterre qui ont surtout préconisé cette méthode.

SACHS dans la *Wiener Clinische Wochenschrift* du 21 avril 1921, rapporte les résultats de son traitement. L'auteur pratique des injections intra-veineuses d'une solution de salicylate de soude à 20 %, à raison de 3 injections par semaine, aux doses croissantes de 10 cc., 15 cc., 20 cc. La cure totale demande 21 à 28 grammes de salicylate de soude dans la moyenne des cas.

L'auteur a obtenu de bons résultats, comparables à ceux de SMITH en Angleterre.

Ce dernier auteur donne la statistique suivante :

Sur 57 malades traités par lui avec les injections de salicylate de soude :

16 % ont été blanchis complètement.

18 % ont été blanchis presque complètement.

14 % ont été améliorés.

52 % n'ont eu aucune amélioration.

L'auteur signale des accidents de thrombose veineuse, et c'est probablement pour cette raison que la méthode est de moins en moins employée actuellement.

Le soufre a été préconisé dans le traitement du psoriasis par MM. Gougerot, Bory, Brisson et Pautrier à partir de 1917. A cette époque, M. Gougerot essaie la médication soufrée per os et expérimente également dans son centre médical militaire, les injections d'huile soufrée.

M. Szkolnik, dans sa thèse sur les huiles soufrées dans le traitement du psoriasis, rapporte des observations des malades traités par cette médication.

Les injections intra-musculaires se font à raison de 3 piqûres par semaine aux doses de 1 à 2 cc.

Les réactions à la suite de ces injections sont assez fortes : douleur à l'endroit de la piqûre, fièvre à 38-38°5 parfois.

Cette méthode compte à son actif quelques succès, mais également des échecs, et M. Szkolnik conclut dans sa thèse : « Cette thérapeutique par les injections d'huiles soufrées réalise un grand progrès dans le traitement du psoriasis; mais, à côté de guérisons remarquables, on compte des échecs dont la raison nous échappe encore. »

Nous voulons citer ici l'observation rapportée par M. Gougerot à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, dans la séance du 9 juillet 1929 (1).

Il s'agit d'une malade de 42 ans, atteinte de psoriasis depuis 16 ans. Elle attrappe la rougeole en janvier 1927, suivie de broncho-pneumonie qui dure 17 jours. Pendant la convalescence, la malade voit son psoria-

(1) M. Gougerot : Influence heureuse de la fièvre sur le psoriasis. Société de Dermat. et de Syphiligraphie, 9 juillet 1929.

sis disparaître complètement, sans aucune médication.

Mais la dermatose récidive fin octobre de la même année. On pratique alors des injections intra-veineuses de Dmelcos et des injections d'un vaccin typhique et la poussée est guérie à la suite de cette pyrétothérapie.

On peut se demander, à la suite de cette observation, si l'action curative des huiles soufrées n'est pas due en partie, à la grosse fièvre que ces injections provoquent.

Pensant que l'infection tuberculeuse pouvait jouer un rôle dans la production du psoriasis, quelques auteurs ont essayé *les sels d'or*.

En Allemagne ce furent Schwartz (1926), Gent (1926), Kloeppel, Huffschnitt, Ritter, Martentein, Kurt (1928).

En Angleterre ce furent Toomey (1927), Delling.

En France cette méthode a été essayée par Burnier et Lotte, Nicolas, Mollard, Lebeuf, Clément Simon, Pautrier et d'autres.

Les auteurs étrangers ont beaucoup employé les injections d'or colloïdal — le triphal — avec des résultats variables.

HUFFSCHMITT a traité 12 malades, et a obtenu les résultats suivants :

3 améliorations après 13 et 15 injections.

7 succès complets avec 15 injections (en moyenne des cas).

2 échecs complets.

L'auteur insiste sur les incidents fréquents dans

l'emploi des sels d'or : chocs, température, érythrodermie, albuminurie, diarrhées. Il remarque que les sels d'or sont facilement toxiques et qu'on ne saurait les classer parmi les traitements usuels des psoriasis.

Les auteurs français ont employé surtout le thio-sulfate double d'or et de sodium : la crisalbine.

BURNIER et LOTTE ont traité 10 malades par les injections intra-veineuses de ce sel d'or, à raison de 2 injections de 25 cgr. par semaine. Ils ont obtenu, sur les 10 cas, 3 blanchissements et 7 échecs.

De même NICOLAS, MOLLARD et LEBEUF rapportent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (séance du 28 mai 1931), les résultats de leur traitement par la crisalbine.

Sur 20 malades traités :

7 ont été blanchis complètement.

5 ont été blanchis incomplètement.

8 n'ont présenté aucune amélioration.

Tous les malades avaient reçu en moyenne de 15 à 20 injections.

Les auteurs signalent également des réactions après les injections : ictères bénins, albuminurie, érythèmes, urticaire, stomatite.

La notion de la syphilis, de l'hérédo-syphilis en particulier, ayant été retenue par d'autres auteurs, la médication antisiphilitique a été à son tour employée dans le traitement du psoriasis.

L'usage de l'*Arsenic* dans le traitement du psoriasis est très ancien. En 1857 déjà, Duchesne-Duparc utili-

sait l'arseniate de fer par voie buccale, et en 1877 deux médecins anglais, Lailler et Schapter traitèrent également le psoriasis par l'arsenic. En 1897, Danlos utilisa l'arsenic sous forme de sulfure d'arsenic et fit des injections de cacodylate de soude. Ravaut préconisa de même des injections de cacodylate de soude à hautes doses.

F. Benech, en 1927, recommande un composé d'arsenic, *l'arsylène*, et présente à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie (séance du 26 janvier 1927), 3 observations de psoriasiques traités par ce composé arsenical.

Le premier malade a été blanchi complètement par 20 injections d'arsylène, à raison d'une injection de 5 cc. par jour, tous les jours.

Les deux autres malades ont été améliorés par 30 injections, à raison d'une injection de 2 cc. par jour, tous les jours également.

DE AZUA, en 1911, pratique des injections intra-veineuses de 606 à la dose de 40 cgr.

SARRANO et SAINZ DE AZUA publient deux cas de psoriasis guéris par le même composé.

M. LEREDDE, en 1923, apporte à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, les observations de 6 malades soumis aux injections de Novar et d'Hectine.

Le premier de ces malades est guéri après la *première injection* de Novarsénobenzol.

Le deuxième est blanchi après 60 injections d'Hectine.

Les quatre autres psoriasiques sont blanchis après 15 injections de Novar chacun.

Dans la même année (19 avril 1923), MM. GASTOU et PONTOIZEAU présentent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie les résultats de 34 cas de psoriasis traités par le novarsénobenzol et le sulfarsénobenzol.

Sur ces 34 malades :

10 ont été blanchis complètement.

15 ont été améliorés.

9 n'ont eu aucune amélioration.

Le novar a été employé chez chaque malade aux doses de 15 cgr. jusqu'à 90 cgr., avec un total de 4 g. 50 en moyenne.

Le sulfar fut employé dans chaque cas aux doses de 6 cgr. jusqu'à 60 cgr. avec un total de 3 gr. 30 en moyenne.

Ces auteurs remarquent que « l'heureuse influence du traitement arsenical sur le psoriasis ne saurait être invoquée comme un argument en faveur de l'origine spécifique, acquise ou héréditaire du psoriasis. »

D'autres composés arsenicaux ont également été essayés dans le traitement du psoriasis. Parmi eux, citons l'*acétylarsan* employé avec quelques succès par M. Hudelo.

Le *Mercure* , isolément, a été rarement employé dans le traitement du psoriasis.

En 1897 Fournier, dans sa thèse, nota ses essais de blanchiment du psoriasis par les injections hypodermiques de sels mercuriels : oxyde jaune de Hg et calomel.

M. Darier, dans son précis de Dermatologie, note avoir obtenu de beaux succès avec les injections intramusculaires de calomel.

Brocq utilisa avec quelques succès le biiodure de mercure.

Le plus souvent le mercure fut associé à l'arsenic.

Sabouraud, en 1912, utilisa un composé arsenico-mercuriel, le salicylarsinate de mercure nommé Enésol.

Sabouraud traita par ce produit 12 malades, et obtint 9 bons résultats. La dose fut de 3 cgr. par injection faites par séries de 20.

Le Bismuth a été employé également, le plus souvent, en association avec l'Arsenic.

En 1924, Attilio Versari (de Naples) utilisa le tartrato-bismutate de sodium et de potassium — le trépol —, qui contient 6 cgr. de bi-métal par cc. La dose est de 2 à 3 cc. par injection, faites à 5 ou 7 jours d'intervalle.

Sur 21 psoriasiques traités, l'auteur a obtenu 12 blanchiments complets et 9 améliorations.

Mais sur ces 21 malades traités, 20 présentèrent des récidives.

En 1927, MM. DEBUCQUET, JAUSION et PECKER rapportent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, des essais de blanchiment des psoriasiques par un nouveau composé arsenical : l'émétique arsenical de pyridine associé à l'oxy-diéthylodicarboxy-diamino-isobutyrate de Bi, produit que les auteurs dénomment *psothanol*. Ce produit contient 5 cgr. de sel arsenical et 2,5 cgr. de sel bismuthique.

Les 15 malades traités à cette époque par le psothanol furent tous blanchis.

MM. BURNIER et LOTTE ont repris ces essais de traitement par le psothanol.

Leurs résultats, rapportés dans une communication à la Société de Dermatologie et dans la thèse de M. LANDART, sont les suivants :

Sur 43 cas traités d'une façon régulière :

21 % furent blanchis complètement.

44 % furent très améliorés.

23 % furent légèrement améliorés.

12 % ne furent pas influencés.

10 % eurent des poussées en cours de traitement.

11,7 % présentèrent des récives.

18 % eurent des incidents légers.

3,8 % furent intolérants au traitement.

Les signes d'intolérance s'étant manifesté dans deux cas par des albuminuries assez fortes, des stomatites intenses, des douleurs articulaires.

Dans 10 autres cas il y eut des incidents légers : céphalée, petite stomatite, albuminuries légères, vertiges.

En mars 1929, MM. JAUSION, DEBUCQUET et PECKER, dans une communication à l'Académie de Médecine, rapportent de nouvelles observations sur le traitement par le psothanol. Les auteurs modifièrent leur technique et préconisèrent de 20 à 30 injections par série; le traitement devait être continué même après le blanchiment des malades, pour obtenir une guérison stable.

LÉVY-FRANCKEL a traité de la sorte par cette association arsénico-bismutho-pyridinique, 27 malades.

Les résultats avec les observations sont rapportés dans la thèse de M. PRAT.

Sur les 27 cas traités :

16 furent blanchis complètement.

9 furent améliorés.

2 ne furent pas influencés.

Parmi les 16 malades blanchis, 3 eurent des récides 15 jours après la vingtième injection.

Le total des injections fut de 30 à 35 chez chacun des malades, faites à raison de 3 piqûres intra-veineuses par semaine.

M. Landart, dans sa thèse, note également les réactions à la suite de ces injections : céphalée, nausées, courbatures, algies maxillaires, stomatites et, après avoir étudié les diverses médications arsenicales, il conclut : « L'Arsenic a fait ses preuves et s'est révélé d'une grande efficacité dans un certain nombre des cas. Cependant son action est très inconstante. Il est incontestable que le psorhanol, par exemple, compte à son actif de nombreux succès, mais il ne semble pas que son action se soit toujours révélée égale chez tous les psoriasiques.

B. — LES MÉDICATIONS OPOTHÉRAPIQUES

Les notions acquises sur le rôle des glandes endocrines dans la nutrition du système épidermique ont déterminé certains esprits à chercher le traitement du psoriasis dans l'opothérapie.

En étudiant les relations possibles du psoriasis avec les troubles hépato-pancréatiques, certains auteurs ont fait des essais avec *l'insuline*.

En 1924, JUSTER, LÉVY-FRANCKEL et LACROIX traitent un psoriasique arthropathique avec l'insuline. Ils obtiennent la régression des douleurs articulaires, mais le psoriasis n'est pas influencé.

En 1925, RAVAUT, BITH et DUCOURTIOUX présentent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie 3 cas de psoriasis traités par l'insuline, et tous trois améliorés.

Le premier malade fut traité pendant 23 jours, à raison de 2 injections de 15 unités cliniques d'insuline par jour.

Le deuxième malade fut traité pendant 29 jours aux mêmes doses.

Le troisième malade avait été traité pendant fort longtemps, à raison de 50 unités cliniques d'insuline par jour, mais il a récidivé aussitôt le traitement interrompu.

M. LOUSTE a essayé l'insuline chez deux psoriasiques diabétiques. Il obtint une amélioration du diabète, mais pas de résultats sur le psoriasis.

En 1926, MM. Ravaut, Bith et Ducourtieux présentent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie une nouvelle série de 10 malades traités par la médication insulinique. Sur ces 10 malades, cinq furent blanchis complètement. Les cinq autres ne présentèrent aucune amélioration.

Les auteurs remarquent que les cinq malades blan-

chis furent ceux qui avaient un fonctionnement hépatique déficient.

Dans la même année (1926), MM. Lortat, Lecrain et PELLISSIER communiquent les résultats de traitement de 5 psoriasiques par la même médication.

De ces 5 malades, 2 furent nettement améliorés, et 3 ne furent pas influencés.

Voici la conclusion que tirent ces auteurs à la suite de leurs essais : « Nous avons soumis au traitement insulinique un certain nombre de psoriasiques et il ne nous paraît pas que l'on puisse tenir cette médication pour vraiment active dans tous les cas. Nous avons eu des succès et des insuccès, comme il arrive avec tous les traitements du psoriasis. »

M. GOUGEROT remarque également à ce propos : « J'ai injecté beaucoup de psoriasiques et j'avoue n'avoir pas pu encore déterminer pourquoi tel malade était blanchi et tel autre n'était pas influencé. »

Et dans la même séance de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, M. ROVAUT résume ainsi ses impressions sur le traitement du psoriasis : « L'emploi de l'insuline dans le psoriasis, par ses inégalités, nous montre qu'il est difficile de déterminer d'avance les cas qui seront améliorés. Il nous semble que les malades atteints d'insuffisance hépatique soient plus accessibles à cette thérapeutique. Il en est de l'insuline comme de nombreux autres médicaments employés contre cette affection. Tous, le mercure, l'arsenic, l'hyposulfite de soude, le soufre, etc., ont donné des succès quelquefois, sans qu'on puisse déterminer d'avance celui qui agira. »

D'autres auteurs ont fait des essais de traitement des psoriasis avec divers extraits de glandes endocrines. MM. LÉVY-FRANCKEL et JUSTER rapportent, le 8 novembre 1923, à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, quatre cas de psoriasis guéris par des extraits d'ovaires.

Les mêmes auteurs blanchissent complètement deux psoriatiques basedowiens avec l'hémato-éthyroïdine et deux autres avec le traitement thyro-hypophysaire.

BERTRANZI et VERROTTI eurent des succès avec les extraits ovariens.

MM. SPILMANN et WINZEL rapportent à la Société de Dermatologie, en 1924, deux observations de psoriatiques hyperthyroïdiens blanchis complètement avec l'extrait d'hypophyse.

MM. Buch, Meneau, Brocq, Hobson, Ravaut et d'autres eurent quelques succès avec l'extrait thyroïdien.

Carillac et Cross obtinrent des succès avec l'extrait thymique.

C. — MÉDICATIONS VACCINOTHÉRAPIQUES

Dans ces dernières années, des expérimentateurs considérant la variabilité et l'instabilité des médications chimio-thérapiques et opothérapiques que nous venons de décrire, se sont efforcés de trouver la solution du problème dans la vaccinothérapie spécifique (1).

(1) Nous citerons ici, pour mémoire, la méthode d'Entéro-vaccins de Danysz, qui fut basée sur l'idée d'antianaphylaxie et qui est actuellement complètement abandonnée.

En 1928, MM. MARCERON et HUET rapportent à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie l'observation d'une malade qui, atteinte de psoriasis et d'érythrocyanose sus-malléolaire avec des engelures des extrémités, fut guérie de son psoriasis par l'antigène de Nègre et Boquet, associé à l'Arsenic.

LÉVY-FRANCKEL présente à la même date l'observation d'un psoriasique soigné par la tuberculine diluée. Les lésions tuberculides dont était atteint ce malade, furent guéries, mais le psoriasis n'a pas été influencé.

SHNEIDEWIG, en 1931, apporte 5 observations de malades guéris complètement par l'antigène méthylrique, sans autre médication.

Certains auteurs ont employé un vaccin préparé à partir des squames de psoriasis.

STUMPKE, au Congrès de la Société Allemande de Dermatologie de 1922, a rapporté ses essais de traitement du psoriasis avec ce vaccin. L'auteur a appliqué cette méthode à 7 malades et il a obtenu 3 blanchiments complets et 4 améliorations.

CAMPBELL et FROST, en octobre 1930, ont repris cette méthode.

Ils pratiquent des injections intra-musculaires d'une suspension alcoolique de squames psoriasiques pulvérisées (20 cgr. de squames dans 20 cc. d'alcool). Les auteurs notent avoir obtenu des résultats très encourageants et se proposent de poursuivre leurs essais.

Louis CARDIVIOLA a expérimenté la méthode de Campbell et Frost, mais n'a pas obtenu de résultats satisfaisants.

MICHAELOVITSCH, de Belgrade, a également fait des essais de traitement du psoriasis par les injections d'extraits de squames. Cet auteur se sert pour son vaccin d'un extrait obtenu par la digestion des squames psoriasiques par la trypsine et la pepsine. L'auteur dit avoir obtenu de nombreux succès, et la guérison des cas de psoriasis les plus graves. Il s'agirait là d'un traitement spécifique.

M. THOMA s'est adressé également à la vaccinothérapie par les squames.

L'auteur utilise le formol comme substance germicide dans la préparation de son vaccin. Les squames sont récoltées par râclage, puis triturées longuement, ensuite émulsionnées dans du sérum physiologique qu'on additionne de 0,25 % de formol, et puis conservées à 37° afin de faire évaporer le formol. On injecte sous la peau 2 à 3 cc. tous les deux jours, en progressant jusqu'à la dose de 10 cc.

L'auteur a traité de la sorte 3 psoriasiques chez lesquels il a obtenu un blanchiment complet.

Enfin, tout récemment, dans deux communications faites, l'une à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, en janvier 1932, l'autre à la Société Médicale des Hôpitaux, le 9 décembre 1932, MM. JAUSION, PECKER, GERVAIS, SOLEIL, GUILLAUD-VALLÉE apportèrent une série de résultats thérapeutiques obtenus.

(1) Thoma. Traitement du psoriasis par les squames. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7^e série, tome II, 1^{er} octobre 1931.

nus à l'aide d'un *vaccin polymycosique spécifique* dénommé par les auteurs *la clasine polymycosique*.

Ce vaccin est un extrait de mycéliums, obtenu à partir des cultures d'*nypomycètes* et de champignons dégradés les plus usuels en eau ou en gélose miellée, et traité par une méthode spéciale.

Les dermatophytes utilisés pour les cultures sont les suivants : *trichophyton*, *microsporon*, *épidermophyton*, *achorion* et *rhinocladium*.

La clasine polymycosique serait un vaccin sans albumine, d'un type nouveau. Sans posséder de propriétés antigènes, il aboutit à la guérison spécifique et cliniquement évidente d'un organisme parasité (mycoses cutanées). Cependant son injection ne provoque pas d'anticorps. Et l'on ne peut utiliser ce vaccin comme antigène dans la pratique de la réaction de fixation (Jausion, *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, déc. 1932).

Voici les résultats que les auteurs rapportent avec cette vaccinothérapie spécifique.

Sur 54 psoriasiques complètement observés, 29 ont été intégralement blanchis par la seule clasine polymycosique. Sept d'entre eux ont donné prise à de petites récidives qui ont, été, du reste, de courte durée.

Les 25 autres malades ont été très améliorés par le traitement myco-vaccinal ou mixte c. ad. par de la clasine mycosique et du psothanol.

Voici les règles que les auteurs préconisent dans la conduite de la myco-vaccinothérapie :

« Injecter par voie sous-cutanée ou musculaire, tous les deux ou trois jours, progressivement, 1/2 cc.,

1 cc., 1 cc. 1/2, 2 cc., 2 cc. 1/2, 3 cc. 1/2, etc. jusqu'à 5 cc., sans dépasser 20 interventions par série. Renouveler les séries jusqu'à guérison. »

« Cette vaccinothérapie à froid, sans réactions générales autres qu'un peu de fatigue au bout d'un temps, est admirablement tolérée, et ceci est de nature à faire accepter le chiffre élevé des interventions qu'il faut pratiquer, *de 50 à 70 pour un psoriasis, à n'injecter que le seul vaccin.* »

S'il n'y a pas intérêt à dépasser, pour la clasine, la posologie que nous venons d'indiquer, on peut lui associer, simultanément ou successivement, le complexe arséno-pyridinique : le psathanol.

Dans ces conditions, on peut promettre à tout psoriasique, un blanchiment que les retouches d'entretien par l'un ou l'autre médicament rendent durable d'abord, ensuite stable. »

(Jausion et Guillaud-Vallée, *Soc. Méd. Hôp.*,
décembre 1932.

Et les mêmes auteurs rapportent neuf observations complètes de malades traités par la clasine polymycosique.

Le premier de ces malades a reçu de 1929 à 1932, 120 injections de psathanol qui l'ont banchis. En 1932, à la suite d'une récédive, il reçoit 30 injections de clasine qui le blanchissent de nouveau.

Le deuxième malade a été blanchi par 64 injections de clasine mycosique.

Le troisième malade a été blanchi par 50 injections de clasine et 32 injections de psathanol.

Le quatrième malade a été blanchi par 55 injections de clasine.

Le cinquième malade, après un blanchiment obtenu par 37 injections de clasine, *récidive un mois après*. Cette récidive cède à 10 nouvelles injections de clasine.

Le sixième malade est blanchi au bout de 65 injections de clasine.

Le septième malade *n'est qu'amélioré au bout de 51 injections de clasine*.

Le huitième malade reçoit 30 injections de clasine, qui le blanchissent.

Le neuvième malade traité par la clasine en avril 1932, *récidive* en août de la même année. Le blanchiment *incomplet* est obtenu avec 20 injections de clasine.

Des résultats de cette vaccinothérapie spécifique, les auteurs tirent des conclusions étiologiques. Le psoriasis serait pour eux, dans la majorité de cas, des mycosides c. a. d. des *réactions secondes de la peau* (allergie) *vis-à-vis des toxines mycéliennes* : ces dernières pénétrant dans l'organisme à la suite de trychophyties banales de la peau, épidermophyties, inquinales, intertrigo, etc.

Telles sont les principales médications internes proposées et essayées jusqu'à ce jour dans le traitement du psoriasis.

De l'ensemble de cet aperçu général, il se dégage une impression globale, que voici :

Les médications employées pour guérir le psoriasis sont très nombreuses et différentes les unes des autres. Chacune de ces médications chimiothérapiques, opothérapiques et vaccinothérapiques, compte à son actif des succès dans certains cas et des échecs dans d'autres.

De toutes ces médications, aucune jusqu'à présent ne peut guérir le psoriasis définitivement : on blanchit le malade qui, le plus souvent, récidive ensuite.

En un mot, les résultats qu'on obtient sont variables, inconstants et individuels (M. TZAN'CK). A toutes ces médications s'applique la remarque que M. le Professeur Ravaut a faite dans une séance de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'occasion du traitement du psoriasis par l'insuline.

« Il en est de l'insuline comme de nombreux autres médicaments employés contre cette affection. Tous, le mercure, l'arsenic, l'hyposulfite de Na, le soufre, etc., ont donné des succès quelquefois, sans qu'on puisse déterminer d'avance celui qui agira. »

CHAPITRE II

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR LES INJECTIONS DE LAIT

C'est Scherber, en 1917, qui le premier a essayé cette médication dans le traitement du psoriasis. L'auteur a remarqué, que chez les psoriasiques, à la suite des injections de lait, les squames se ramollissent et se détachent. Mais il n'a pas poursuivi ses essais.

Ambrosoli et Audride (de Toulouse) ont également tenté les injections de lait, mais n'ont pas obtenu de résultats appréciables. Il est vrai qu'ils n'ont pas suffisamment poursuivi leurs essais.

J. Fex de Stoenhalm, en 1922, rapporte (dans *Behandlung der Psoriasis mit Milchjectionen Acta Dermato-Venerologica*, 1922, vol. III, p. 422) les résultats des observations personnelles des malades traités par cette médication.

J. Fex a soigné 105 cas de psoriasis depuis 1918 à 1922.

Sur les 105 cas :

60 cas n'avaient eu qu'un traitement externe (soufre).

45 cas avaient reçu un traitement mixte, d'abord par les injections de lait, ensuite par la médication externe.

Voici les résultats qu'il obtint :

Sur les 60 malades (traitement externe seul) : 31 furent guéris complètement; 29 furent améliorés.

Sur les 45 malades (traitement mixte) : 39 furent guéris complètement; 6 furent améliorés.

L'auteur déduit que les injections de lait ont activé l'influence du traitement local.

Il est à noter d'ailleurs qu'aucun de ses malades atteints de psoriasis, n'a été soumis uniquement aux injections de lait.

La technique de J. Fex est la suivante :

Injections intra-musculaires, à raison de 3 par semaine aux doses croissantes de 2 cc., 4 cc., 6 cm., 8 cm. jusqu'à 10 cc. En général, *il n'a jamais dépassé le nombre de cinq injections.*

Pour le traitement, il se servait de lait ordinaire qu'il stérilisait par une ébullition de 10 minutes. L'auteur note quelquefois de légères réactions après les piqûres : douleur légère à l'endroit de l'injection, céphalé, fièvre à 37°7, 37°8 parfois.

Les tentatives de traitement du psoriasis par les injections de lait ont été, en somme, peu nombreuses jusqu'à présent. Les auteurs qui ont eu recours à cette médication n'ont pratiqué qu'un très petit nombre d'injections (5 dans le cas de M. Fex), et leurs résultats, quoique assez intéressants, sont cependant peu appréciables.

Nous croyons qu'ils n'ont pas poursuivi suffisamment leurs essais, car il nous semble que pour obtenir des résultats réels, un grand nombre (20 et plus) d'injections soit nécessaire.

Notre Maître, M. Tzanck, préconise la technique suivante :

Injectons intra-musculaires au nombre de 3 par semaine aux doses croissantes de $1/2$ cc., 1 cc., 1 cc. $1/2$, 2 cc., 2 cc. $1/2$, 3 cc. et même davantage suivant les cas. Le nombre total des injections est variable. Chez la plupart des malades que nous avons suivis, 10 à 15 injections ont été nécessaires en moyenne, pour obtenir le blanchiment complet des lésions cutanées. Dans quelques cas rares, le nombre des injections faites a dû dépasser 20 pour obtenir ce résultat. L'un de nos malades a même reçu 24 injections de lait avant d'être complètement guéri.

A l'Hôpital Broca, le lait employé est préparé par le laboratoire du service, qui le délivre en ampoules de 2 cc. C'est un lait de consommation courante, stérilisé à l'autoclave sans préparation spéciale.

En pratique courante, on peut se servir de lait ordinaire qu'il faut bouillir immédiatement avant l'utilisation, pendant quelques minutes.

Cette technique est donc très simple; elle est facilement applicable dans tous les cas, qu'il s'agisse de clientèle hospitalière ou privée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(de MM. Tzanck et Cord)

M. Soul..., âgé de 38 ans, est hospitalisé au n° 2 de la salle Vidal, à l'Hôpital Broca, pour un psoriasis ayant débuté en juin 1932. C'est la première poussée généralisée. Jusque-là, il n'avait eu que des placards disséminés aux deux coudes, à la jambe droite, sur la région sacrée. Le malade ne s'était jusque-là aucunement préoccupé de ces lésions qui ne le gênaient guère. Il est entré à l'hôpital le 3 décembre 1932, parce que cette fois son corps était criblé de taches de tailles différentes. Il reçoit d'abord un traitement à l'acide salicylique, qui décape légèrement les lésions, mais ne les améliore pas. Le traitement par les injections de lait est institué le 19 décembre 1932, à raison de 3 piqûres par semaine, aux doses croissantes de 1 cc. 1/2, 2 cc., 2 cc. 1/2, 3 cc. Il reçoit un total de 24 piqûres. Dès la quatrième, on constate une amélioration véritablement surprenante : tous les éléments de la poussée généralisée disparaissent complètement, laissant simplement une pigmentation légère, marquant le

siège antérieur de la lésion. Seuls persistent les placards anciens chroniques. Ils sont très améliorés, aisément reconnaissables, et n'ont guère diminué à la suite, malgré la continuation du traitement. Le malade a très bien supporté les injections de lait; les premières ont cependant donné lieu à une légère réaction fébrile à 38° et à une courbature durant 24 heures.

OBSERVATION II

(de MM. Tzanck et Cord)

M. Lev..., âgé de 42 ans, entre salle Vidal le 16 décembre 1932, pour un psoriasis dont le début remonte à 4 ans environ, et pour lequel il a déjà été hospitalisé à deux reprises, en janvier 1931 et en janvier 1932. Les poussées moins intenses que la poussée actuelle, ont été traitées au glycérolécadique, puis au psorphanol, et chaque fois le malade est sorti presque complètement blanchi. La poussée actuelle remonte au début du mois de décembre 1932. C'est un psoriasis généralisé à larges taches, siégeant très irrégulièrement sur toutes les parties du corps, surtout aux sommets des membres, mais également sur le thorax, sur le tronc, sur le ventre et sur le cuir chevelu. Une intradermo-réaction au lait est pratiquée, qui reste négative. Le malade est soumis aux injections de lait à partir du 19 décembre 1932. Il reçoit 12 injections aux doses successives de 1/2 cc., jusqu'à 2 cc. Le malade

ne présente aucune réaction, ni aucune amélioration jusqu'à la dixième piqûre. A ce moment survient une amélioration excessivement rapide, et en l'espace de quatre à cinq jours, tous les éléments disparaissent. Le malade sort guéri le 6 février 1933. Il n'avait reçu, sauf sur un placard du bras gauche, aucun traitement local.

OBSERVATION III

(de M. Tzanck et Cord)

M. J. T., âgé de 52 ans, vient nous consulter pour un psoriasis datant de plus de six mois, et qui semble résister au traitements locaux : glycérolécadique, après décapage à l'acide salicylique et bains alcalins. Une intradermo-réaction au lait est pratiquée le 2 janvier 1933, et est fortement positive. Le malade reçoit 8 injections de lait à raison de 3 par semaine, et aux doses croissantes de 1/2 cc. jusqu'à 3 cc. Après la quatrième injection, les placards qui recouvraient, au nombre d'une trentaine, toutes les parties du corps, disparaissent très rapidement, en l'espace de 3 à 4 jours, laissant uniquement une trace pigmentaire. Seuls, deux placards du coude du bras gauche conservent leur aspect psoriasiforme. Les injections ont été supportées sans aucune réaction.

OBSERVATION IV

(Observation inédite)

M. Fre..., âgé de 37 ans, vient nous consulter pour un psoriasis dont le début remonte à 9 ans. La poussée actuelle est la quatrième en date et dure depuis 8 mois environ.

La première poussée, en 1924, a été constituée par de larges placards dans le dos, qui ont été guéris par l'huile de cade.

La deuxième poussée, en 1926, a été soignée par des pommades soufrées, sans résultat.

La troisième poussée, en 1931, est traitée par 20 séances de rayons ultra-violets qui donnent un blanchiment complet des lésions.

La poussée actuelle est formée par trois grosses plaques dans le dos et de nombreuses autres sur les flancs et sur les membres. En plus, le cuir chevelu est pris dans son ensemble, et recouvert d'un énorme placard extrêmement épais et squameux. Le traitement par le lait est institué à partir du 8 mars 1933. Le malade reçoit au total 14 injections de lait, à raison de 3 piqûres par semaine, aux doses croissantes de 1/2 cc. jusqu'à 3 cc. A partir de la huitième injection, les plaques commencent à desquamer et la rougeur diminue. Cependant le cuir chevelu est plus long à desquamer. Actuellement tous les placards sur le tronc et les membres ont disparu, et le cuir chevelu est très nettement amélioré. Le malade n'a présenté aucune réaction à la suite de ces piqûres.

OBSERVATION V

(de MM. Tzanck et Cord)

Mme A. N., âgée de 32 ans, est une femme qui présente actuellement sa septième poussée de psoriasis. Les poussées précédentes ont toutes guéri dans l'espace de 2 à 3 mois. Elle est venue consulter tout au début d'une poussée nouvelle coïncidant avec le début de l'année 1933. Elle est littéralement couverte d'éléments et le cuir chevelu est pris dans sa totalité. Après 12 injections de lait, supportées au prix de réactions assez vives, notamment une poussée fébrile de 48 heures, peut-être d'ailleurs imputable à une grippe intercurrente, la malade se trouve complètement guérie. Elle n'a reçu aucun traitement local, si ce n'est de l'acide salicylique pour la nuit. Le cuir chevelu est absolument indemne.

OBSERVATION VI

(*Observation inédite*)

M. J. N. est un homme de 43 ans, qui est venu nous consulter pour sa première poussée de psoriasis datant depuis 3 mois environ. C'est un psoriasis formant des placards érythémato-squameux siégeant aux coudes et au niveau des jambes. Nous instituons le traitement par les injections de lait, à raison de 3 piqûres.

par semaine, aux doses croissantes de 1/2 cc. jusqu'à 3 cc. Actuellement le malade en est à sa dix-septième injection, et nous n'avons pu encore noter aucune amélioration à cette date. Nous poursuivons néanmoins les injections dans l'espoir de voir une amélioration survenir bientôt.

OBSERVATION VII

(Observation inédite)

C'est un enfant de 12 ans qui nous est amené pour un psoriasis dont le début remonte à 3 ans environ. C'est un psoriasis procédant par poussées durant chacune de 4 à 5 semaines. L'enfant a eu quatre poussées jusqu'à présent.

Actuellement, c'est sa 5^e poussée, apparue il y a 5 semaines environ. Cette poussée est formée de nombreux éléments ponctiformes de diamètre d'une tête d'épingle environ, et d'une trentaine d'autres éléments plus gros, disséminés un peu partout sur les membres, principalement aux sommets, sur les flancs et dans la région lombo-sacrée. On ne note, chez cet enfant, aucun antécédant héréditaire. Les injections de lait sont commencées à raison de 3 par semaine, aux doses croissantes de 1/2 cc., 1 cc. et jusqu'à 2 cc. Chaque injection est suivie d'un léger vertige, mais il n'existe pas de réaction fébrile. Jusqu'à la sixième injection, on ne note aucune amélioration.

A ce moment les squames commencent à tomber, la rougeur des plaques diminue, et au bout de 10 piqûres l'amélioration est très nette.

Actuellement, après 12 injections, l'enfant est complètement guéri. Les plaques psoriasiques n'ont laissé à leurs niveaux qu'une petite trace pigmentaire.

OBSERVATION VIII

(de MM. Tzanck et Cord)

Il s'agit d'un homme hospitalisé à l'hôpital Broca, lit n° 7, entré pour un psoriasis généralisé, à très petits éléments excessivement congestifs, et donnant lieu à des démangeaisons. Le traitement est institué à raison de 3 injections par semaine, aux doses habituelles. L'intradermoréaction pratiquée au bras gauche a été fortement positive.

Actuellement le malade en est à sa septième piqûre, et l'on ne peut encore noter aucune amélioration à cette date. Mais comme l'amélioration n'a été obtenue dans trois de nos observations qu'après la 12^e injection, nous ne saurions encore considérer ce cas comme un insuccès.

TABLEAU SCHÉMATIQUE DES RÉSULTATS OBTENUS
DANS LES 8 CAS OBSERVÉS

Malade	Poussée actuelle en date	Lésions actuelles	Nombre et injections de lait	Temps de traitement	Résultats immédiats	Réactions provoquées
1	2 ^e poussée	Placards sur le tronc et les membres	24	8 semaines	Blanchiment à peu près complet	Légère réaction fébrile à 38°
2	3 ^e poussée	Placards sur le tronc, membres, cuir chevelu	12	4 semaines	Blanchiment complet	Pas de réactions
3	1 ^{re} poussée	Placards sur le tronc et les membres	8	3 semaines	Blanchiment à peu près complet	Pas de réactions
4	4 ^e poussée	Tronc, membres, cuir chevelu	14	5 semaines	Blanchiment à peu près complet	Pas de réactions
5	7 ^e poussée	Tronc, membres, cuir chevelu	12	4 semaines	Blanchiment complet	Réactions fébriles assez vives
6	1 ^{re} poussée	Membres inférieurs	17	6 semaines	Pas d'amélioration jusqu'à présent	Pas de réactions
7	5 ^e poussée	Tronc, membres	12	4 semaines	Blanchiment complet	Légères vertiges mais pas de réactions fébriles
8	"	Tronc, membres	7	2 semaines	Pas d'amélioration jusqu'à présent	Pas de réactions

Deux de nos huit malades ont présenté des réactions fébriles, légères d'ailleurs.

Le malade de l'obs. n° 1 a fait de petites poussées de température à 38 après les 2, 3 premières injections. Toutes les autres ont été très bien supportées par lui.

La malade n° 5 a fait une poussée fébrile durant 48 heures, peut-être d'ailleurs imputable à une légère grippe intercurrente.

Chez le malade de l'obs. 7 les injections provoquaient de petits vertiges qui disparaissaient aussitôt après.

Tous les autres malades ont supporté les injections sans jamais avoir présenté la moindre réaction. Les réactions semblent donc être relativement rares et quand elles existent, n'empêchent, en général, nullement la continuation du traitement. Toutefois, nous rapportons l'observation d'une malade soignée dernièrement dans le service, chez laquelle les réactions, à la suite des injections, furent assez fortes pour nous inciter à interrompre le traitement.

OBSERVATION IX

(Observation inédite)

Il s'agit d'une femme, Mlle Val..., âgée de 26 ans, qui est venue nous consulter pour un psoriasis dont le début remonte à 10 ans environ. Pendant ses deux premières poussées, la malade est soignée par l'acide crysophanique et le psorphanol, sans que ces médications aient jamais beaucoup amélioré son état.

Actuellement elle présente de nombreuses taches érythémato-squameuses dans le dos et un large placard très squameux au cuir chevelu. Les injections de

lait sont instituées à partir du 28 avril 1933. La *première injection* de 1/2 cc. est bien supportée. La *deuxième injection* de 1 cc. donne une réaction, caractérisée par une fièvre à 38°, des crampes dans le membre inférieur et de la céphalé. La *troisième injection* pratiquée le 5 mai, de 1 cc. également, est encore mal supportée. On diminue alors la dose et on injecte le 10 mai 1/2 cc. qui est bien supporté. Le 12 mai une nouvelle injection de 1/2 cc. est encore *bien* supportée. Le 15 mai on essaie d'augmenter la dose et on injecte de nouveau 1 cc. qui donne de nouveau une réaction assez forte. On décide alors d'interrompre le traitement. Le psoriasis n'a pas été influencé jusqu'à présent par ces 6 injections.

Reprenant les résultats de toutes nos observations au point de vue des réactions, nous constatons que parmi les malades blanchis la plupart n'ont pas présenté de réactions. Nous en déduisons que les réactions ne sont pas nécessaires à la guérison.

D'autre part la dernière observation nous a montré que des malades ayant présenté des réactions à la suite des injections n'ont pas été améliorés du tout.

De cela il résulte que les résultats semblent être indépendants des réactions.

De nos neuf malades, six ont été blanchis complètement ou à peu près. Trois seulement n'ont pas été améliorés à l'heure actuelle. Chez deux de ces derniers nous poursuivons les injections, afin d'atteindre une vingtaine pour obtenir ce résultat.

Les résultats immédiats de cette thérapeutique semblent donc être *très appréciables*, et sans qu'on puisse baser une statistique sérieuse sur un si petit nombre de cas, nous avons néanmoins obtenu 6 guérisons sur 9 cas de psoriasis.

En ce qui concerne l'avenir de ces malades, nous ne pouvons rien affirmer actuellement, les délais passés n'étant pas assez longs.

Le psoriasis étant une affection particulièrement rebelle et récidivante, toute thérapeutique n'a qu'une action transitoire. Nous ne pensons donc pas que nos malades soient à l'abri de nouvelles récidives; mais au point de vue pratique nous signalons que les malades, *uniquement* soumis au traitement par les injections de lait, — traitement facilement réalisable, — ont été, pour le moins, améliorés dans les mêmes proportions que les malades traités par les autres médications proposées jusqu'à présent.

Tous nos malades atteints de rechute du psoriasis considèrent qu'aucun traitement local n'a agi avec autant de rapidité et d'une façon aussi satisfaisante.

CHAPITRE III

COMMENT INTERPRETER L'ACTION DES INJECTIONS DE LAIT DANS LE PSORIASIS ?

Nous avons vu que les diverses médications proposées dans le traitement du psoriasis ont, comme l'a dit M. Tzanck, toutes donné des résultats inconstants, variables, imprévisibles, individuels.

Il se dégage des observations rapportées précédemment que les injections de lait ont donné, elles aussi, dans le traitement de cette dermatose des résultats identiques, ayant exactement les mêmes caractères de variabilité, d'inconstance, d'imprévisibilité.

La diversité des substances employées dans une même affection ne constitue pas une curiosité particulière au psoriasis, capable de surprendre le thérapeute à l'heure actuelle.

Depuis de nombreuses années déjà divers auteurs, s'appliquant, par exemple, à la thérapeutique de certaines maladies infectieuses, pour lesquelles nous ne possédons pas encore de traitement spécifique, pneumonie, grippe, érysipèle, ont été amenés à employer

contre ces maladies des injections de substances les plus variées : urotropine, peptone, sérum sucré, plasma sanguin, lait, corps bactériens, métaux colloïdaux, novar, etc., avec des succès et des insuccès.

De même dans le traitement des hémorragies, de l'hémophilie, de l'hémoglobinurie paroxystique, on a injecté avec succès des substances très différentes. MM. Dufour et Crow ont rapporté l'observation d'une malade atteinte de purpura hémorragique chez laquelle des injections de sérum antidiphthérique déterminèrent la régression des hémorragies.

Le Prof. Nolf, par des injections de peptone, a obtenu la régression des hémorragies dans l'hémophilie et l'hémoglobinurie paroxystique.

A. Robin a arrêté des hématuries, des épistaxis, des hémoptisies rebelles par des injections de métaux colloïdaux.

Et l'on a pu constater ainsi que des médications très différentes peuvent être appliquées dans une même affection avec des résultats identiques, et qu'une même médication peut être appliquée dans des affections très différentes avec les mêmes résultats.

En ce qui concerne les injections de lait, elles ont été employées avec succès par M. Thiroloix dans le traitement des affections aiguës telles que la grippe, la pneumonie, l'érysipèle, etc.; par MM. Domec, DARRIER et Focqs dans certaines affections oculaires; par MM. Hutinel, Barbier, Marfan et Weill (de Lyon), dans les troubles dyspeptiques des nourrissons.

M. le Prof. Lœper les a tout dernièrement préconisées dans certaines dyspepsies alimentaires.

Elles ont encore été employées dans l'eczéma, dans les staphylococcies, et Audrid, de Toulouse, et J. Fex, de Stockholm, les ont autrefois utilisées contre le psoriasis.

L'hypothèse pathogénique que l'on a été logiquement amené à faire sur le mode d'action de tous ces procédés si différents entre eux, pouvant s'appliquer à des maladies si diverses et, comme on l'a vu, avec des résultats aux caractères si particuliers, est que les substances employées *n'ont rien de spécifique*, qu'elles agissent par l'intermédiaire de l'organisme dont elles peuvent stimuler les différents mécanismes défensifs *en carence*. La substance utilisée n'est rien, le terrain est tout. Et comme l'a dit M. Tzanck : « c'est le terrain qui agit ou demeure inactif, réagit ou se tait, répond on non à la sommation extérieure. Et l'on s'explique dès lors que des médications si diverses puissent agir dans le même sens. On s'explique également qu'une même médication puisse intervenir utilement dans des états profondément différents. L'action de ces médications s'explique précisément parce qu'elle n'est point directe, elle opère par l'intermédiaire du sujet lui-même; ce sont autant de stimulants, car c'est au moyen de la stimulation de l'organisme que peuvent agir de la même façon toutes ces méthodes thérapeutiques si dissemblables. » (1).

C'est cette notion, du rôle primordial de l'organisme dans le processus de guérison, individualisée par

(1) Tzanck : La Biophylaxie. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 février 1933.

MM. Darier et Tzanck sous le nom de biophylaxie, qui éclaire sous un jour tout nouveau le mode d'action des diverses médications employées dans le psoriasis, et des injections de lait en particulier. Toutes ces médications n'agissent dans le traitement de cette dermatose que comme des médications biophylactiques, c'est-à-dire des procédés divers qui utilisent dans un but thérapeutique une réaction d'ordre général — la biophylaxie.

La Biophylaxie (définition de M. Tzanck), correspond à l'ensemble des mécanismes défensifs non spécifiques que l'organisme vivant met en jeu pour assurer sa guérison, c'est-à-dire le rétablissement de son fonctionnement normal, et dont l'absence réalise l'état d'anergie.

Quelles sont ces qualités défensives qui constituent la biophylaxie? Pour M. Tzanck elles s'identifient avec les manifestations les plus variées de la vitalité.

« La biophylaxie représente pour nous », dit M. Tzanck, « la vitalité sous ses aspects les plus divers : nutrition, oxydation, digestion, phagoeytose, prolifération cellulaire enfin, inflammation en un mot, humorale ou tissulaire, réaction générale ou locale, humorale ou fluxionnaire, et c'est pour cela que la biophylaxie se présente pour nous sous des aspects si divers : choc thermique, crises de toute sorte, inflammation, réaction locale, phagocytose, leucocytose, polynucléose, formation d'un abcès de fixation, suppuration locale, etc., etc... Tous phénomènes qui peuvent être provoqués par les moyens d'action les plus di-

vers, qui, s'ils coexistent fréquemment avec l'heureuse issue d'une infection microbienne, ne représentent point le corollaire direct et obligé de cette intervention thérapeutique, mais, tout au contraire, une manifestation spécifiquement vitale, active, provoquée indirectement par l'intervention thérapeutique. »

Ainsi, selon nous, les médications employées dans le psoriasis agissent comme des médications biophylactiques. Voyons les caractères propres aux médications biophylactiques. Ce sont :

1° L'absence de spécificité.

2° L'effet essentiellement curateur et non prémunissant. Aucune des médications employées dans le psoriasis n'a, en effet, jamais pu empêcher la récurrence de cette affection.

3° La réaction individuelle, imprévisible, inconstante.

4° La possibilité d'interchanger entre elles ces thérapeutiques et d'obtenir cependant des résultats comparables.

Le lait, le soufre, l'arsenic, l'or donnent dans le psoriasis des résultats à peu près identiques.

5° La possibilité d'obtenir les mêmes effets dans des états différents.

Ainsi, il résulte d'après ce qui précède, que de toutes les médications, chimiothérapiques et opothérapiques proposées dans le traitement du psoriasis, aucune n'est spécifique; que les résultats obtenus dé-

pendent plus du sujet que de la substance employée, qu'en somme dans le processus de guérison c'est au terrain qu'appartient la première place.

En est-il de même des diverses vaccinothérapies proposées dans le traitement du psoriasis?

De l'étude des résultats obtenus dans le traitement du psoriasis, d'une part par les vaccinothérapies dites spécifiques, d'autre part par les injections de lait, il se dégage la conclusion :

Que la méthode protéinothérapique est également capable de guérir les psoriasis dans le même délai et dans les mêmes conditions que la vaccinothérapie dite spécifique.

MM. Tessier, Reilly et Rivalier après avoir fait une étude expérimentale très approfondie sur le mode d'action de la vaccinothérapie dans diverses maladies infectieuses arrivent à la conclusion que cette méthode peut être souvent remplacée par d'autres méthodes non spécifiques, la protéinothérapie par exemple.

Ainsi dans l'infection mélitococcique la provocation par un mécanisme banal d'un choc violent est capable d'interrompre le cours de cette maladie dans des conditions semblables à celles de la vaccinothérapie spécifique.

De même dans la fièvre typhoïde on obtient des résultats identiques si au lieu d'avoir recours à un vaccin antityphique, on pratique des injections intraveineuses, ou même intramusculaires de colibacilles, de bactéries isolées de l'eau, de dentéro-albumoses.

Cet ensemble des faits montre également que la protéinothérapie est souvent capable de remplacer la vaccinothérapie spécifique.

C'est aussi l'opinion des auteurs belges Bouché et Hustin qui écrivent : « C'est donc parce qu'ils provoquent une réaction anaphylactique que les vaccins microbiens améliorent ou guérissent. » (1).

M. Bazy formule la même opinion en disant que la vaccinothérapie ne vaccine pas.

Cette assertion, que la vaccinothérapie n'est pas spécifique, peut au premier abord paraître paradoxale, car le terme même de vaccinothérapie (traitement par les vaccins) implique la notion de spécificité. Mais si cette spécificité est réelle dans la vaccination, elle n'est aucunement démontrée dans la vaccinothérapie.

En effet, il faut distinguer la vaccination de la vaccinothérapie. Les deux méthodes utilisent les vaccins, mais *dans des buts très différents*. Dans la première, il s'agit de prémunir l'organisme contre une infection donnée; dans la seconde il s'agit de traiter une infection, déjà en pleine évolution.

Il existe entre ces deux méthodes de traitement des différences fondamentales que M. Tzanck a mis en relief :

1° La vaccination ne peut être employée que dans des affections qui entraînent à leur suite un état ré-

(1) Chocs thérapeutiques contre chocs morbides. Paris, Masson, 1922.

fractaire, tandis que la vaccinothérapie est utilisée dans beaucoup d'infections récidivantes.

2° La vaccination est préventive. La vaccinothérapie n'est que curative et n'a aucune propriété de prémunition.

3° La vaccination est spécifique.

La vaccinothérapie est beaucoup moins rigoureuse et on a utilisé avec succès des vaccins streptococciques pour le traitement d'infections staphylococciques.

4° Au cours de la vaccination les résultats sont stéréotypés les uns sur les autres, ce qui n'existe pas dans la vaccinothérapie où les réactions sont strictement individuelles.

5° On peut donc, dans la vaccination, prévoir les résultats, qui sont toujours constants, irremplaçables. Au contraire, les résultats de la vaccinothérapie sont inconstants, imprévisibles et remplaçables par un grand nombre d'autres méthodes thérapeutiques (chimiothérapiques, pyréthothérapiques, protéinothérapiques).

Bref, comme a dit M. Tzanck : « Dans une même maladie il n'est qu'une méthode thérapeutique pré-munitrice efficace en matière de vaccination. En matière de vaccinothérapie, au contraire, il en est une infinité, et cela seul évoque invinciblement l'idée qu'il s'agit là d'autant d'agents provocateurs indirects qui jouent le rôle d'excitants, de stimulants, mais que les réactions, les résultats, la guérison, en un mot, ne sont dus en réalité qu'à l'organisme vivant lui-même qui

les a obtenus, par ses moyens propres alors même qu'ils ont pu être déclenchés par une cause extérieure.

La vaccinothérapie, à l'opposé de la vaccination, qui vise à la réalisation d'un état réfractaire, peut se définir au contraire, comme une thérapeutique biophylactique destinée à provoquer au moyen de vaccins, des réactions biologiques individuelles, curatives, non spécifiques, indépendamment de la réalisation de tout état réfractaire. » (M. Tzanck, Biophylaxie).

Ainsi, selon nous, la vaccinothérapie proposée dans le psoriasis n'est qu'une méthode biophylactique, non spécifique. Elle n'a donc pas avancé le traitement de cette dermatose. La méthode des injections de lait que nous proposons a sur elle un avantage, c'est la simplicité de la technique qui ne demande aucune préparation spéciale.

CONCLUSIONS

1° Si l'on passe en revue les différentes médications internes proposées pour le traitement du psoriasis, on constate que toutes ont donné lieu à des résultats inconstants, à des guérisons dans des délais variables, à des réactions individuelles. Il en est ainsi du calomel, soufre, or, insuline, novar, psorhanol, etc.

Il en est ainsi des thérapeutiques dites vaccinothérapiques.

2° Ce sont précisément ces différences qui ont pu faire croire aux auteurs, tantôt à une action merveilleuse, tantôt à des succès complets.

3° Aucune de ces médications ne peut être considérée comme rigoureusement spécifique, capable de donner des résultats constants dans les mêmes délais, présentant des réactions identiques sur tous les individus.

4° Les résultats rapportés avec les vaccinothérapies diverses sont absolument comparables aux résultats obtenus par toutes les autres thérapeutiques. Ce qui interdit de conclure à une signification spécifique de ces médications.

5° L'utilisation des leucoprotéïdes (injections de lait) donnent, en particulier, des résultats complètement comparables. En raison de la simplicité de cette médication et du dosage facile nous avons adopté cette méthode, dont les résultats se sont montrés égaux, sinon supérieurs à ceux des autres techniques.

6° Cette médication avait déjà été tentée par Audrid, de Toulouse, Fex, de Stockholm, mais insuffisamment poursuivie. Jausion a montré la nécessité de recourir à un grand nombre d'injections, quelle que soit d'ailleurs la médication employée.

C'est ainsi que des résultats favorables n'ont été observés dans certains cas, qu'à la suite de la 30^e piquûre.

7° Les observations que nous rapportons et qui sont au nombre de neuf, ont montré que les résultats favorables ont été indépendants des réactions.

8° Au point de vue des récidives, il n'en est encore observée aucune à la suite de ce traitement. Mais en raison de la signification que nous lui attachons, nous ne saurions escompter que cette méthode procure une prémunition qui n'existe pas avec les autres méthodes biophylactiques.

9° Les injections de lait comme les autres méthodes de traitement du psoriasis, sont des médications biophylactiques, c'est-à-dire des procédés divers qui utilisent dans un but thérapeutique une réaction d'ordre général — la biophylaxie.

La Biophylaxie est l'ensemble des mécanismes défensifs, non spécifiques, que l'organisme vivant met en jeu pour assurer sa guérison.

Vu : le Doyen

BALTHAZARD,

Vu : le Président

LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BENECH. — Arsenic et psoriasis. (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syph.*, 26 janvier 1927).

DARIER. — Précis de Dermatologie. Masson, 1928.

DARIER et TZANCK. — Le traitement actuel de l'eczéma. (*Presse Médicale*, 17 janv. 1931).

DEBUCQUET, JAUSION et PECKER. — Essai de blanchiment des psoriasiques par un nouveau composé arséno-bismutho-pyridinique. (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, 10 nov. 1927).

GADRAT. — Le traitement de la grippe par les ferments métalliques. Thèse de Paris, 1920.

GASTOU et PONTOIZEAU. — Sur l'origine syphilitique acquise ou héréditaire du psoriasis. (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syph.*, 19 avril 1923).

GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle. Influence nerveuse de la fièvre sur le psoriasis. (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, 9 juillet 1929).

JAUSION, DEBUCQUET et PECKER. — Recherches thérapeutiques sur le psoriasis. Sa cure bismutho-arsé-

no-pyridinique. (*Bull. Académie de Médecine*, 3^e série, tome CL, 12, pp. 447-457).

— Psoriasis blanchis après une cure mixte de pyridine arséno-bismuth et de clasine polymycosique. (*Bull. St. Fr. Dermat. et Syphil.*, janvier 1932).

JAUSION et GUILLAUD-VALLÉE. — Allergie mycosique dans le psoriasis. (*Bull. Sté Médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 déc. 1932).

J. FEX. — Behandlung der Psoriasis mit milchinjectionen. *Acta dermato-venerologica*, 1922, vol. III, p. 422.

LANDART. — Le traitement du psoriasis par un nouveau composé arséno-bismuthique. (Thèse de Paris, 1929).

LEREDDE. — Recherches sur la syphilis acquise ou héréditaire chez 28 psoriasiques traités en série. (*Bull. Sté Fr. Dermat. et Syphil.*, 8 mars 1923).

LEVI-FRANCKEL et JUSTER. — Recherches sur le psoriasis et résultats obtenus par le traitement endocrinien. (*Bull. Sté Dermat. et Syphil.*, 8 nov. 1923).

LÆPER. — Les injections intradermiques de lait dans le traitement de quelques dyspepties alimentaires. (*Presse Médicale*, 12 oct. 1932).

LORTAT, PECRAIN et PELLISSIER. — Quelques résultats du traitement insulinique chez les psoriasiques. (*Bull. Sté fr. Dermat. et Syphil.*, 11 févr. 1926).

MARCERON et HUET. — Psoriasis et tuberculides. (*Bull. Sté Fr. de Dermat. et Syphil.*, 20 déc. 1929).

NICOLAS, MOLLARD et LEBEUF. — Psoriasiques traités par les sels d'or. (*Bull. Sté Fr. Dermat. et Syphil.*, 28 mai 1931).

PRAT. — Les traitements actuels du psoriasis. (Thèse de Paris, 1928).

RAVAUT, BITH, DUCOURTIOUX — Action de l'insuline sur l'évolution du psoriasis. (*Bull. Sté Fr. Dermat. et Syphil.*, 14 juin 1925).

— Psoriasis et insuline. (*Bull. Sté Fr. Dermat. et Syphil.*, 1926).

SACHS. — Wiener Clinische Wochenschrift, 21 avr. 1921 n° 16, p. 158.

SCHNEIDEWIG. — Le psoriasis considéré comme une tuberculide et sa guérison par l'antigène méthyllique. (*Accia Medica*, n°s 3 et 4, première année, 24 oct. 1931).

SIDI. — Contribution à l'étude des accidents de la chimiothérapie. Thèse de Paris, 1932.

SPILMANN et WINSTEL. — Psoriasis, eczéma et opothérapie. (*Bull. Sté Fr. de Dermat. et Syphil.*, 20 déc. 1929).

SZKOLNIK. — Les huiles soufrées dans le traitement du psoriasis. (Thèse de Paris, 1920).

SIMON CL. et HUET. — A propos de nouveaux traite-

ments du psoriasis. (*Monde Médical*, 1^{er} et 15 mars 1933, p. 409).

THOMAS. — Traitement du psoriasis par les squames. (*Annales de Dermat. et Syphil.*, 7^e série, tome II, 10 oct. 1931).

TZANCK. — Immunité, intolérance, biophylaxie. Masson, 1932.

— La Biophylaxie. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 févr. 1933).

TZANCK et CORD. — Le traitement du psoriasis par les inj. de lait. (*Bull. Sté Fr. de Dermat. et Syphil.*, février 1933).

TESSIER, REILLY, RIVALIER. — Le mode d'action de la vaccinothérapie spécifique. (*Annales de Médecine*, février et mars 1929).

